

# 精神保健福祉学の構築 —学際的アプローチによる当事者支援—

大西 次郎  
(武庫川女子大学文学部 心理・社会福祉学科)

## Development of Studies on Mental Health and Welfare: Evolution of Support for Individuals with Mental Disabilities through an Interdisciplinary Approach

Jiro Ohnishi

*Department of Psychology and Social Welfare, School of Letters  
Mukogawa Women's University, Nishinomiya 663-8558, Japan*

### Abstract

Psychiatric disorders have been covered by the Japanese national health care policy since 2013, and there has been increased public awareness that mental health is an important issue for Japanese people. In this context, the responsibilities of psychiatric social workers have grown because they are required to provide care for individuals with mental disabilities, who have disorders combined with disabilities, from the aspect of both health care and social welfare. However, no consensus has yet been reached on the position of psychiatric social work (PSW) in the general field of social work (SW), nor in its position when compared to social welfare that has integrated it.

The present paper discusses the following four points: (i) With universal implementation of research-oriented clinical practices, the inductive characteristics of SW with an emphasis on narratives have been dominant in recent years. (ii) The field of social welfare has established its foundation as an academic discipline by placing more importance on SW compared to social policy. (iii) SW can be distinguished from PSW by focusing on its deductive characteristics derived from legal paternalism. (iv) The study of mental health and welfare, which theorizes PSW practice, is a unique scholastic system designed to address the problems of individuals from an interdisciplinary perspective.

### 1. はじめに

本研究の目的は、精神科ソーシャルワーカーによる実践行為の科学的根拠となる「精神保健福祉学」の存立を確認し、その現代的な内容を明らかにすることである。

2013年4月から国の医療計画の対象に精神疾患が加えられた。医療計画に収載すべき対象の基準は「患者数が多く、死亡率が高い」うえに、「症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められ、医療機関の機能に応じた対応」や「病院と病院、病院と診療所、在宅への連携」が必要な病態である。精神疾患がそこに入った理由としては、患者数が増加したこと、うつ病や認知症あるいは自殺などへの対策が重要な国民的課題となってきたことがあげられる。従って、精神科領域の保健医療と社会福祉をそれぞれ橋渡しする精神科ソーシャルワーク(PSW)実践が、こころの健康の維持・増進に果たす役割は大きい。

そこで本稿では、PSW実践の理論化を図り、「精神保健福祉学」としての学術体系へ結集させるため

の要件を検討すべく、当事者と専門職(実践者および研究者)のあいだで PSW とソーシャルワーク (SW) に通底する援助関係(2: 見出し番号, 以下同じ)と、逆に SW (3) および PSW (4) それぞれへ備わる固有の特質を分別した。さらに、PSW におけるソーシャルポリシーへの働きかけの史実(5)から導かれる、「精神保健福祉学」が取り組むべき課題(6)を述べた。

PSW 実践の歴史的な蓄積を、当事者の生活困難の解決を図る体系として理論化し、他者に公言できる実践科学へ構築することは、精神障害者に対する援助専門職すべての急務である。

## 2. SW と PSW をめぐる共通の構造

精神保健福祉士という資格があり、一定の社会的認知のもと活躍する場があったとしても、そこで展開される PSW 実践が SW とどのような関係を持つのかはあらためて検討されねばならない。もちろん SW であろうと PSW であろうと、それぞれが実践行為を論理化・可視化し、固有の科学として自成一つしていくことの重要さ<sup>1)</sup>は論を待たない。そこで両者の「異同」を論じるにあたり、まず PSW を含む SW の全体像を明らかにすることで双方の共通点、すなわち“同”を示す。

最初に、本稿で構築を図る「精神保健福祉学」は、実践者や研究者といった専門職の側の発想だけで完結するものであってはならないことを確認する。PSW における理論創造の例として、藤井<sup>2)</sup>は谷中輝雄による「やどかりの里」の生活支援論をあげている。彼はそこで「成文化された理論的知識(形式知)と暗黙的な事例的知識(暗黙知)のあいだに、一部成文化可能な教訓的知識(実践知)を置ける」として、「知識創造の場に根ざしているのが実践知であるので、場の特徴が似ている場合は実践において活用しやすい…現場で創られる実践理論は、当事者との協働作業で創られる場合、実践者に活用され易いだけでなく、当事者にも取り入れられて、当事者の生活の知恵になる」と述べている。

本稿で「学」の構築形態として意識する取り組みは、そのような、当事者から発せられて理論的専門職(研究者)と事例的専門職(実践者)の相互作用のなかで洗練され、また当事者へ戻っていく「知恵」の集積と共有の過程である。これらの当事者と専門職(実践者および研究者)の協働を、上記の「知恵」の流れを媒介として図1に模式化した。ここでは「知恵」の流れを大別し、一つには当事者から彼(女)ら自身へ、ならびに専門職(実践者および研究者)へ向けて発せられる流れ(前者)、そして、もう一つは専門職より当事者へ戻っていく流れ(後者)に分けて整理する。

まず前者の、当事者から専門職への流れ(図1 [①②])である。ここでは当事者主権という基本的な理念に加えて、福祉や医療という援助行為が潜在的に持つ否定的側面への留意が焦点となる。すなわち後者(図1 [③④])との非対称性である。かつて精神科病院は、精神障害者を保護・管理する場として存在した。そこでは否定的側面のみに人間を対象化し、当事者の可能性を無視した代理行為が蔓延した。生きる力を奪われた当事者は退行した行動や症状を呈することで、より過剰な保護・管理を誘発する悪循環<sup>3)</sup>を呈したのだ。かかる史実に鑑み、対人援助サービスの寄せ集めが精神障害からの回復を促すのではなく、それらを利用しないこと(③④の点線化)も回復への一つの方法<sup>4)</sup>とさえされる。

加えて当事者には、体験した者でないと分からない彼(女)ら自身の「知恵」がある。その「知恵」はピアサポート<sup>5)</sup>やセルフヘルプ・グループ<sup>6)</sup>といった形で仲間の役に立てられている(図1 [⑤⑥])。当事者一人ひとりの体験を価値あるものとして蓄積することで、そこから得られた「知恵」は専門職によるものに劣らない、新たな生活の工夫を提案できる<sup>5)</sup>のである。

上述の過程からは、当事者が主体的な「知恵」の源泉として、自らの語りや視点を(事例研究や対人援助の媒介物としてではなく)あるがままに受け取られるべき宝として提供する(図1 [⑦⑧])という姿が浮かびあがる。そして、提供される先こそは SW (PSW) の場であろう。

そこは、「知恵」の主体である当事者、援助理論を携える研究者(図1 [①を經由した⑨])、臨床経験を有する実践者(図1 [②を經由した⑩])のいずれもが「援助する者 vs. 援助される者」という二者関係を越えて集う対等な場であって、学問が実践者を、ましてや当事者を排することなく、研究者を加えた三者の対等な交流のもと、当事者の利益を目指して進歩する場なのだ。

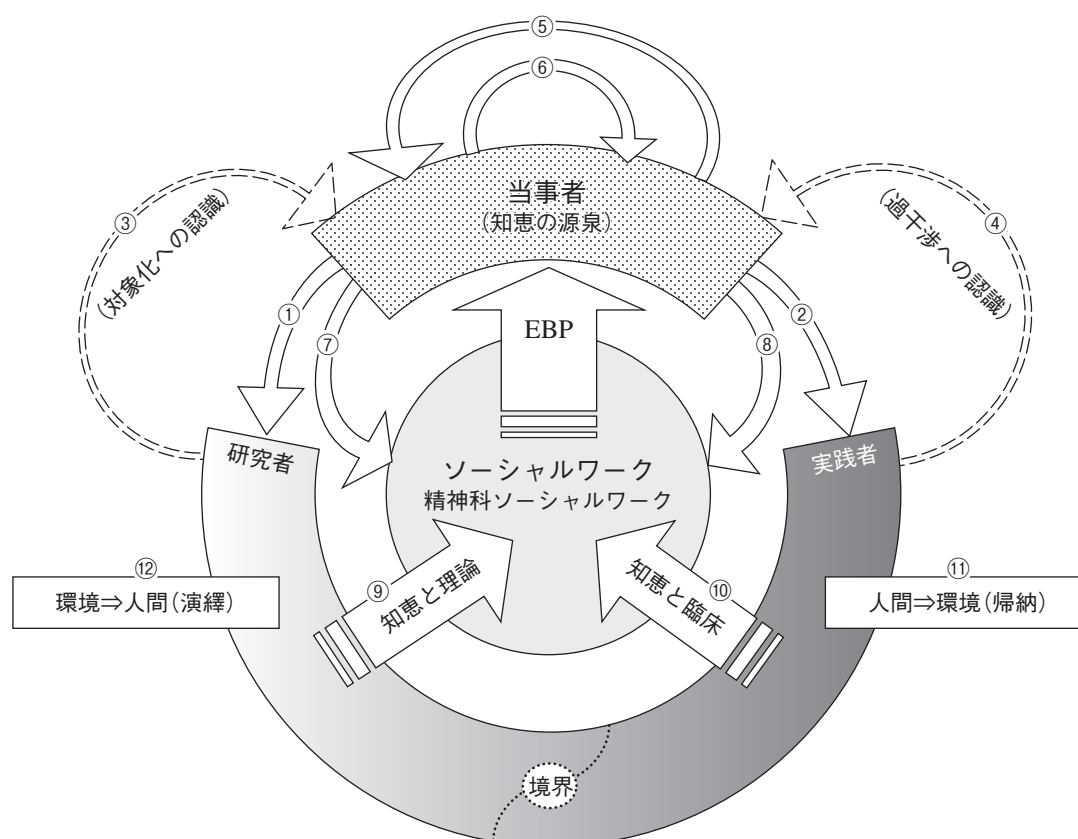


図1：ソーシャルワークと精神科ソーシャルワークをめぐる共通の構造

### 3. SW における研究的臨床実践の深化

では後者の、専門職より当事者へ戻っていく流れの特性はどのようなものだろうか。まず、伝統、経験、勘に支えられた援助は、それ自体が根拠を持つものでない<sup>7)</sup>ことが指摘できる。

たとえば、北川<sup>8)</sup>が述懐するように、専門職による正しい行為の選択は伝統や権威によってなされるのではなく、まして正しくない行為の排除は自己規制に依拠するのでもなく、あくまで科学的な証拠に基づいた実践(evidence-based practice: 以下、EBP)がSW (PSW)において求められている<sup>7)</sup>。EBPは知見や技術を批判的に分析し、有効なものからランク付けして活用する態度とみなされることが多い。しかしEBPは既存の結果からの選択にとどまらず、実践と研究の相互作用から根拠(evidence)を新たに生成するという側面を含む。

この側面はSW (PSW)における調査の蓄積が不十分であるという視点に立てばなおさら重要で、実践者は日々の臨床のなかで調査を行い、自らフィードバックする研究者でなければならない<sup>9)</sup>とされる。すなわち、「研究者は理論的知識が実践でいかに活用されるかを現場でよくみて、その生産的な使い方を実践者から学ぶ必要がある…実践者は、理論的知識を活用しつつ新たな知識創造が出来ることを自覚し、その創造方法を身に付ける必要がある」<sup>2)</sup>のだ。

よって、EBPを不可避とする現代のSW (PSW)において、実践者と研究者の垣根は必ずしも高くないと言えよう。しかし、今なおSW (PSW)の現場の指針となる理論が求められ続け、加えて職種間連携のもと、専門性を明確にして隣接職域の社会的承認を得ねばならない要請も強まっている<sup>10)</sup>ことから、援助理論の確立は急務であって、実践 vs. 研究といった区分そのものが再考を迫られている。

換言すれば、SW (PSW)の近況は、当事者と接点の乏しい研究者の存在を規定しにくい状況にあり、実践者と研究者の差異は当事者の「生活」という、リアルではあるが掴みどころに乏しい対象を「人間と

環境の相互作用」と言い換えた<sup>11)</sup> うえで、人間から環境へ向かう一つひとつの事例を読み解き集積する帰納的アプローチに実践者(図1〔⑪〕)が、環境側から生じる一定の概念に基づいて、人間に観察される事実を検証する演繹的アプローチに研究者(図1〔⑫〕)が属するといった、当事者への接近法の差に収斂すると考えられる。

従来は、研究者が学術的文脈で理論的知識を創造あるいは翻訳・輸入し、実践者がその知識を反復利用ないし応用するという分業がSWにおける理論と実践の乖離を存続させてきた<sup>12)</sup>。しかし、現代のSW専門職において実践と研究は連続線上にあり、一体的に捉えられるべき<sup>13)</sup> なのである。これを岩間<sup>14)</sup> は、個別実践事例の研究的昇華について述べるに際し「事例研究は帰納法だが、事実の積み重ねから原理原則を導くには研究の素材となる具体的事実の内容が問われる」としたうえで、個に向かうアプローチ(実践のための事例研究)と一般法則を導くアプローチ(研究のための事例研究)の円環状の発展からSWが進むと説明している。

すなわち、実践者と研究者の多くは当事者から「研究的臨床実践家」<sup>15)</sup> と総称できる存在と考えられる。これは専門職すなわち皆実践者たれという意味でなく、EBPには現場からのフィードバックに基づく評価と改善が欠かせないため、絶えず研究者は実践者から情報を収集・蓄積する必要がある<sup>9)</sup> という趣旨である。つまりEBPを重視する現代のSWにおいては、広く専門職の実践者化とも称すべき現象が進んでいるとみられる。以上を図2へまとめ、研究的臨床実践の普遍化、ならびに研究者/実践者境界の移動(実践に関わらない研究者の相対的比率低下)として表した。

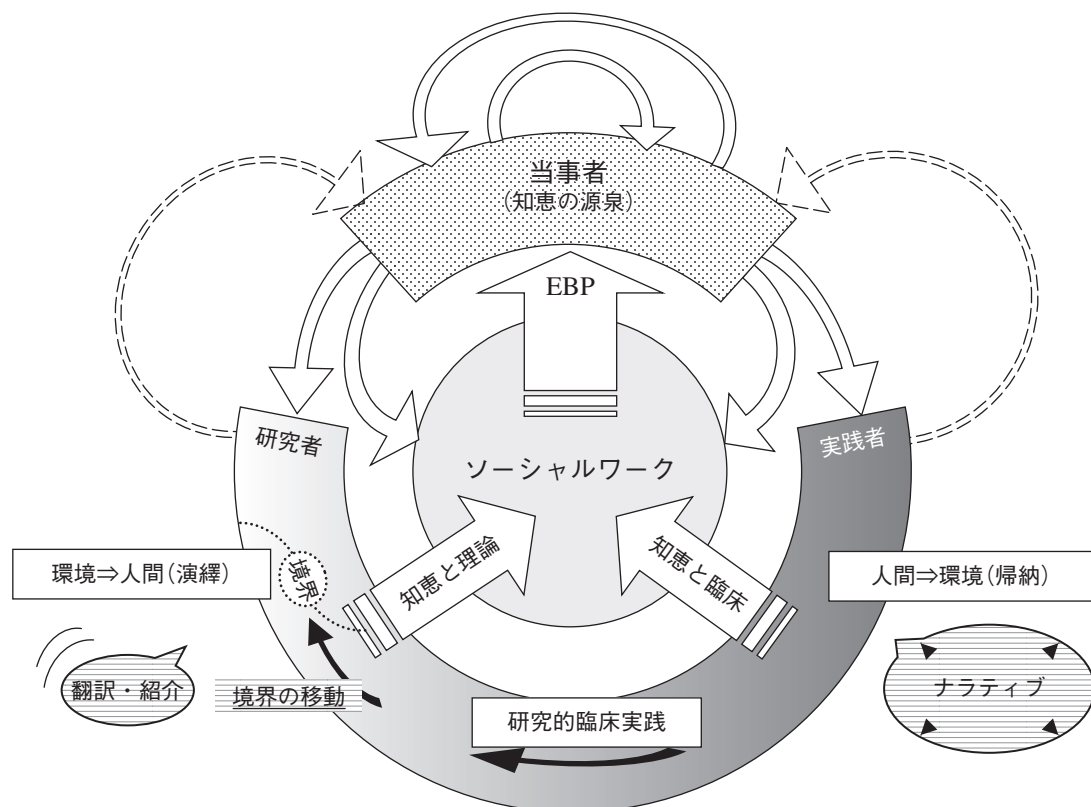


図2：ソーシャルワークと精神科ソーシャルワークとめぐる構造の変化①

このようなSWの実況からは、当事者の「知恵」と研究的臨床実践の循環が生み出す、「学問領域としての具体像」が顕現されているかにみえる。それを受けて、SWから社会福祉原論<sup>16)</sup>を発案せんとする立場もまた自然であろう。

他方、SWとソーシャルポリシーの関係性に目を転じると「政策論あるいはソーシャルポリシーの領域において独自性や固有性を主張しても、アカデミックコミュニティや関係者の認知を得られない。社



会福祉はSWの領域において、初めて独自性や固有性についての理解を得ることができるし、それを確立できる」とした問題提起<sup>17)</sup>の帰結と、かかる実況を解釈することも可能である。

つまりSWは、研究的臨床実践の普遍化によって、人間から環境へ向けられた帰納的視座の優位を導き、社会福祉学のディシプリンを強化する役割を果たした。ここにおける演繹的アプローチと帰納的アプローチは、それぞれ実践者と研究者における当事者への接近法の差に焦点付けられたため、双方が比率の濃淡こそあれ、研究的臨床実践を媒介に一群の専門職とみなすことが可能となったのである。よって、当事者から発する「知恵」の流れを実践と理論の循環構造で一体的に形式知へ昇華させ、再び当事者に戻すことで生活困難の緩和へ向かうシステムを構築できた。それが先の「学問領域としての具体像」である。

ただし古川<sup>17)</sup>は、「社会福祉の固有性や独自性をSWにおいて主張しようとする試みは、結果的に後ろ向きの議論」と断じる。筆者も同じ立場を取るが、そこに至る理由は必ずしも同一でない。古川は、特定のパラダイムを中心に成り立つ伝統的な科学の枠組みを超えた、複合科学として社会福祉学を捉えている<sup>17)</sup>。古川と筆者の差異を際立たせるため、あえてこれを専門職寄りの視座と置くならば、筆者の視座は以下のように当事者寄りにある。

すなわち、専門職がSWを媒介に実践を展開しても、対する当事者がソーシャルポリシーより受ける有形無形の影響が直接に減ずるわけではない。これに加えて、実践者と研究者が、研究的臨床実践を媒介に循環しつつSWの重視へ傾いたとき、もし同時に当事者がソーシャルポリシーと相克的な状況に置かれていたならば、当事者を支える理論や実践はその役割を十分に果たせるか疑問である。

そして、わが国における精神障害者を取り巻く状況こそ、まさにそれを憂うべき歴史のなかにあった。ここにSWとPSWの特質の差、すなわち両者の「異同」のうち「異」が姿をみせる。SWでは相対的に非・重点化されたソーシャルポリシーだが、PSWにおいては、長期・社会的入院、地域移行支援の相対的軽視、スティグマや社会防衛に基づいた隔離収容、そしてそれらを維持せしめる法・制度という形で当事者の傍らに常在してきた。つまり、環境から人間に向かう演繹的アプローチは、研究者からの接近法にとどまらないのだ。

従って、SWで築かれた、人間から環境に向かう帰納的アプローチの優位が、PSWにおいて同様に考えにくい。そこで次の4でPSWの歴史的背景を吟味することで、研究的臨床実践の普遍化に特徴付けられる図2が、どのように変化するか検討する。

#### 4. PSWにおける法的パターンリズムの拮抗

精神障害者は「障害と疾病をあわせ持って」と往々に言われる。しかし語義にそのまま従えば、生活習慣病に由来する障害者の多くも「障害と疾病をあわせ持って」いる。多くの場合そのようには捉えないところに、社会から波及した歴史的なスティグマが影響している<sup>18)</sup>。

すなわち、環境から人間へ向けられた演繹的視座がPSWはSWに比して強く、これがPSW実践の理論化を「精神保健福祉学」として成り立たせる重要な因子なのである。もとより、精神科ソーシャルワーカーが国家資格化されるに至った背景には、わが国の精神科医療における長期・社会的入院の問題<sup>19)</sup>があり、精神障害者の地域移行を促進する役割が精神保健福祉士の中核業務<sup>20)</sup>として期待されたことは論を待たない。

そこには当初から、「精神保健福祉法は幾多の改正を経てきたにもかかわらず…一貫して社会防衛と本人の保護という相反する命題を内包している」「精神保健福祉士は、本人の回復への支援と社会防衛の要請とのせめぎ合いのなかで、絶えず緊張を強いられている」<sup>21)</sup>という、環境から人間への明確な演繹的視座～法・制度や社会防衛～が横たわっていた。

従って、環境より人間へ向けられた演繹的視座、具体的には精神障害者における長期・社会的入院やスティグマ、地域移行支援の遅れはもちろん、社会防衛の発想や精神科特例として構造的にそれらを支えてきた政策への関心は、精神科ソーシャルワーカーにこそ求められる。

ただ、それらを容易になさしめない構造も、精神科医療のなかにある。つまり、単純な法・制度に対する批判だけでは当事者への実効的な支援にならないため、その詳細へかかわって修正を図る必要性のなかで、法・制度と当事者のあいだの「不整合」に直面するのである。

この「不整合」とは、法・制度を行政が作るのは現状を法的枠組みのなかに位置付け、秩序化することで問題へ対応するのに対し、実際の当事者の抱える問題は「多様」であって、その改善を図る実践の蓄積が逆に制度化を促す引き金には必ずしもならない<sup>22)</sup> という含意である。「不整合」の理由には「多様」性以外にも、総じて法・制度が当事者の状況というよりは社会福祉政策を遂行する側の判断によって定められ、運用されるという実情<sup>22)</sup> があげられる。

たとえば、よく知られたパターナリズムという語は、もともと国家による個人の行動への干渉を批判する文脈で用いられてきた。法・制度へのかかわりはその名もとの支配構造、すなわち法的パターナリズムへ結びつきやすく、結果的に精神科医療において、援助者は多様なニーズを有する当事者と、画一的な医療を強いる法・制度との板ばさみになりやすい<sup>23)</sup> のだ。つまり、SWにおける研究的臨床実践の普遍化でPSWをも包含できないのは、わが国の精神障害者に特有な演繹的視座の巻き戻しが続いているからである。そして、それを端的に表現する語が法的パターナリズムなのである。

すなわち、PSW(図3)においては研究的臨床実践と法的パターナリズムが拮抗し、環境から人間に向かう演繹的アプローチと人間から環境に向かう帰納的アプローチの境界が(SWにおける図2とは対照的に)、左へずれず拮抗したままなのである。そこにおいては帰納的特質もまた、人権擁護を原則に脱施設化や地域移行として存在している。

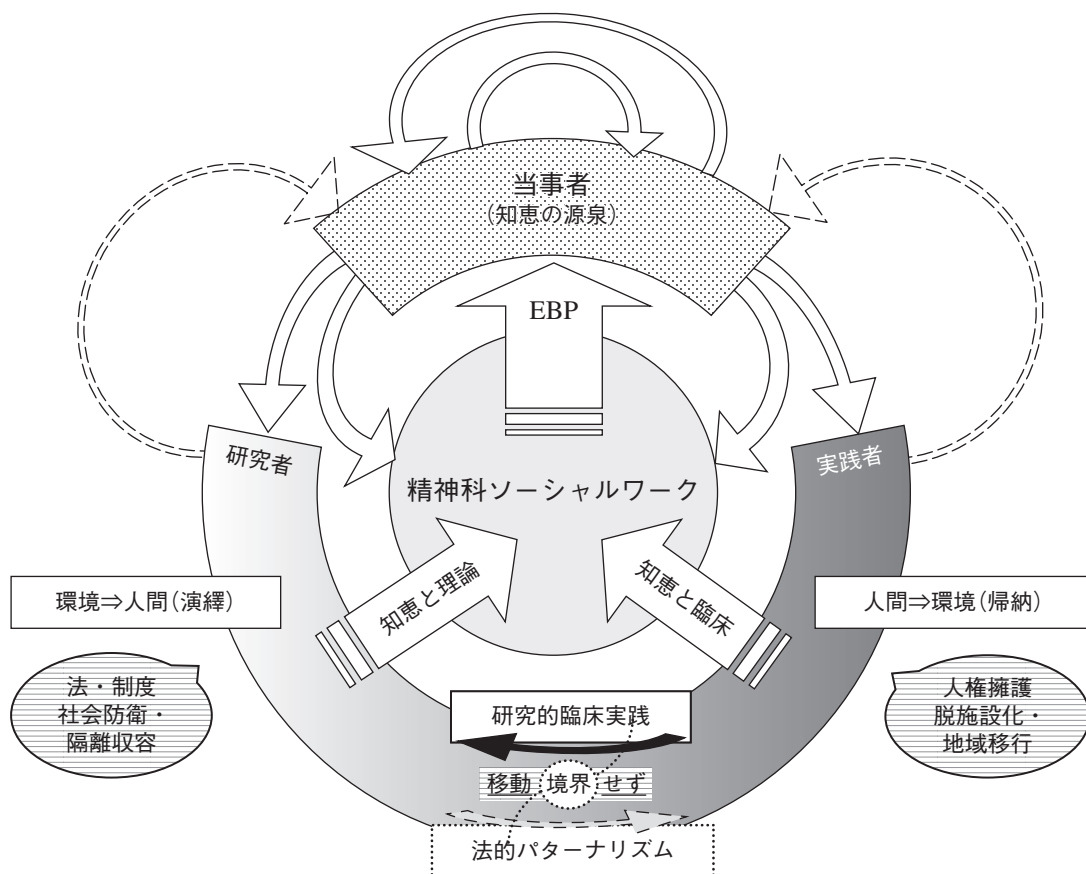


図3：ソーシャルワークと精神科ソーシャルワークとめぐる構造の変化②

ここから導けるのは、精神科ソーシャルワーカーが精神科医療における精神障害者特有の困難性をわきまえたうえで、個別事例から発する当事者へのスティグマや、これを「保護」と言い換えた差別に抗っ

て当事者の地域生活を支援する帰納的な視点を持つことは確からしくとも、さらに歩みを進め、それらを政策のレベルへ還元する演繹的な努力へ結び付けねばならないということである。

このような、精神障害者の地域生活支援に加え、当事者を取り巻く法・制度への改革的視点こそ PSW の特質であり、また「精神保健福祉学」の構築に不可欠な要素と言えよう。その具体像については本稿の 6 で取り扱うが、それを論じるためには予め PSW とソーシャルポリシーのかかわりの歴史的経緯を踏まえておく必要がある(5)。

## 5. PSW とソーシャルポリシーの関係史

当事者を取り巻く歴史を振り返ると、精神科ソーシャルワーカーは、演繹的視座から逆に「距離を置こうとしてきた」可能性が浮かびあがる。たとえば、精神疾患の破局的な影響から人生を回復していく内面的な成熟を示す～疾患からの完治を目指す、あるいは発症前と同様の状況に戻ろうとする過程ではない～、リカバリーという概念がある。これはまた、旧来の専門職が抱く障害・疾患像に対峙する<sup>24)</sup>性質を持つ。とくに精神障害領域において、べてるの家の実践が精神障害領域において日本的なリカバリーの象徴であることは、べてるの家“以外”の人々によって多々語られる。しかし、べてるの家の人々は積極的にリカバリーを喧伝しない<sup>12)</sup>。『べてるの家』が売れたのは、『政治』から外れたところで活動を展開してきたその安心感から」と指摘する立岩<sup>25)</sup>の言は本質をついている。

つまり、社会体制に対する消極的な立ち位置は、精神障害者が法・制度へ一定の距離感を持ち、ともに歩みを進めてきた精神科ソーシャルワーカーもその距離感を共有してきた可能性を示すのである。

だからといって、精神科ソーシャルワーカーが演繹的視座に対し「距離を置いている」とは即断できない。精神科医療に直接携わる医療者の立場を、再度吟味しなければならないのだ。ここに、現代の精神科ソーシャルワーカーが「距離を置いている」ようにうかがえる要因が潜むからである。

1999 年に介護保険施設における身体拘束が原則として禁止されたり、2002 年にインフォームド・コンセントが診療契約上の義務として最高裁判決により確定したりするなど、医療者の行動を規定する法・制度が近年次々と登場している<sup>26)</sup>。精神科においても行政指導を介した法・制度によって規制を行う方向が、たとえば書類や診療録への記載義務項目の増大としてあらわれている<sup>23)</sup>。とくに精神科においては、法・制度に拮抗し得る医療者の行動規範が十分に機能していないと指摘され、このことが法的パターナリズムの蔓延を招く一因なのである<sup>27)</sup>。従って、この法的パターナリズムの課題を、医師や看護師といった狭義の医療専門職の問題とみなすことは可能である。

他方、1970 年代より共同住居や作業所の活動が始まり、いずれも補助金の対象とならない時代に精神科ソーシャルワーカーが積極的にこれらの地域活動を支えるという、効果的な実践を展開する過程から精神障害者の社会復帰のうねりが生まれた。つまり、精神科における医療従事者の過去の怠慢と、同じ時代の地域における精神科ソーシャルワーカーの足跡が複合して、精神科医療と法・制度にまつわる課題への距離感に結実したのである。

まとめると、現代において精神科ソーシャルワーカーは、先行する SW への注力に加えて精神保健福祉士という独自の国家資格を得て、ソーシャルワーカーとしての独自性を維持しながら資格面で社会福祉士とは別個の基盤を確保した。かたやソーシャルポリシーへのかかわりも、医療者が率先して取り組むべき課題として一定の猶予を担保されたのである。

このような、精神科ソーシャルワーカーの歩みのなかでも専門職として相対的に恵まれた状況のもとで、当事者や社会へ向けて果たす責務という形で自らの独自性をますます明確にしていくはずが、精神保健福祉士養成カリキュラムや精神障害者にかかわる法・制度の相次ぐ制定・改正などの時代のうねりに翻弄されてしまった、というのが実態であろう。

つまり、歴史的に精神科ソーシャルワーカーは、社会防衛・隔離収容といった当事者への演繹的視座から「距離を置いていない」。そして、精神障害者を取り巻く現状は、昔も今も変わらずソーシャルポリシーへの目配りを要請し続けている。しかし、それらの懸念をすくい取る固有の学問的な基盤の確立が



不十分であったため、保健医療と社会福祉の分野横断的な領域において精神科ソーシャルワーカーとしての独自色を打ち出す難しさに直面したのである。

それでも、非自発的入院や、それに密接に関わる保護者制度をはじめ、精神障害者にまつわる法・制度は政治家、法律家を巻き込んで昔も今も枯れることのない関心を集め、議論が重ねられている。そのような場に一人でも多くの精神科ソーシャルワーカーが参画し、また現場において、精神科ソーシャルワーカー自身が発言する以下のような意識を持つことが、精神保健福祉の「学」としての発展を確固たるものにすだろう。すなわち、「任意入院の患者から奇数年毎に同意書を取ることが制度化されたことを、どのくらいの精神保健福祉士が、退院への動機付けや入院後の思いを確認する契機として使う意識を持っているか」「市長同意等の医療保護入院者の保護者印を、当事者を知らない者が押印することの怖さや長期化を招く必然性への疑問を理解し、悩む支援者はどのくらいいるか」<sup>19)</sup>、また「なぜいまだに日本では何十年もの入院が必要な状況があるのか。そのような状況からは精神科医療への偏見はなくならない。精神科医療の改革の前に、われわれの意識改革や力量の再点検も必要である」<sup>28)</sup>といった意識である。

以上、本章において「精神保健福祉学」の構築は、法・制度を活用する帰納的な視点の保持とともに、それらを新たな体系へあらためていく演繹的な努力によって果たされることを論じた。これらの理念の延長線上にある、現代の「精神保健福祉学」が取り組むべき課題について、次の6でさらに述べていく。

## 6. 「精神保健福祉学」による法・制度への視点

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)が2013年6月に改正され、一部を除いて2014年4月に施行された。法案に盛り込めなかった課題が、施行後3年をめどに改正法の施行の状況を踏まえて見直しを図らねばならない検討規定として示された。

今回の改正では保護者制度が廃止されるとともに、医療保護入院の要件に「家族等」の同意が設けられた<sup>29)</sup>。従来、医療保護入院は精神保健指定医による判定と保護者の同意を入院時の要件としてきたが、保護者ではなく「家族等」の同意が要件となったのである。「家族等」は配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人であればよく、順位も定められていない。この「家族等」を祖上にあげ、精神科ソーシャルワーカーが「精神保健福祉学」において論じるべき現代的課題を読み解いていく。その主たる論点は、「精神保健福祉学」が領域横断的な特質を有する以上、実践現場での精神科ソーシャルワーカー(を含む多職種)の行為は、当事者の利益を目標として、職種間相互で検討された統一的な営みでなくてはならないという原則を確認することである。

さて、もともと保護者制度の廃止に際し、これに代わる制度として精神科医の立場<sup>30)</sup>から提出された「入院の判断は医療者(精神保健指定医)1名が行い、72時間以内に入院医療機関以外の精神保健指定医が事後的に入院判断の検証を追加する」といった試案、あるいは弁護士の立場<sup>31)</sup>から出された、「精神保健指定医2名による判断」が当初より必要だとする提案などがあり、双方に通底するのは「現在行われている(筆者注:2013年改正前の規定による)医療保護入院の手続きは、精神保健指定医1名、しかも当該入院医療機関に所属する医師の判断のみによって行われている」という実情に対する修正である。

すなわち、このような精神保健指定医は病院管理者と同一人であるか、その指揮監督を受ける立場にあって、事実上管理者の裁量によって入院と退院が判断され、中立な立場にある第三者が入院の必要性を判断できる状況になっていない」との発想<sup>31)</sup>である。

他方、厚生労働省内に設置された作業チームで「保護者制度・入院制度の検討」が行われ、保護者制度の廃止と、その際の強制入院のあり方について基本的な考え方が示された(2012年5月)<sup>32)</sup>。そこでは、精神保健指定医2名の診察は「望ましいとしても実効性に課題がある」として、「精神保健指定医1名による判断」と「精神保健指定医以外の誰かの『同意』または『関与』」のひな形を示し、その誰か、の例として「地域支援関係者」の文言を付した。

これへ、日本精神保健福祉士協会<sup>33)</sup>は、「医療保護入院に代わる非自発的入院制度および退院支援へ



の『関与』の責務を果たします」「精神科ソーシャルワーカーは医学的判断に同意できるのか、『NO（ノー）』、疾患や症状を診断する専門性を持つ職種ではない」とし、「入院時の手続きについて～誰が『同意』または『関与』をするか～」と題して、「1. 入院の可否は現行制度同様に精神保健指定医の診察による判断に基づくものとし、精神保健指定医は、入院の可否判断をする際に、医療機関の精神保健福祉士による SW の観点に基づく意見を必ず聴くものとする、2. 医療機関の精神保健福祉士は本人および家族等と面接し、SW の観点から、地域生活の維持について必要な情報提供や心理社会的アセスメントを行い、精神保健指定医に意見を述べるとともに、その内容を入院届けに記載する」との声明を発した。

加えて2012年10月には、あらためて協会長名で「新たな入院制度に関する本協会の見解」を発表し、「保護者に代わる同意者の機能を精神保健福祉士は担ってはならない」<sup>34)</sup>と重ねて表明した。その背景には、「『クライアントのために』との思いで取った行動が、結果的にクライアントの人権侵害をもたらした」<sup>35)</sup>という Y 問題のかつての経緯がある。すなわち、精神科ソーシャルワーカーの職能団体である日本精神保健福祉士協会として、かかる意思表示は歴史的な一貫性を保った態度である。

これを「精神保健福祉学」の観点から捉えてみる。当事者とともにある実践の場は多職種が集うため、「精神保健福祉学」はもとより領域横断的な学である。つまり、現場における一人ひとりの専門職の働きは、すべからず他職種との相互作用によって規定されるのだ。

精神科ソーシャルワーカーに加え医師、看護師、心理職、作業療法士など、精神科病院への非自発的入院医療は多くのマンパワーのもとに成り立っている。そして、すべての職種のアイデンティティを満たす支援方法には限りがある。そこに「精神保健福祉学」の立場から、法・制度を論じるべき「課題」が姿をみせるのだ。

すでに表面化した精神保健福祉法における具体的な論点、ここでは移送制度を通して上記の「課題」を吟味する。さて、精神保健福祉法(第34条)による医療保護入院等のための移送は、1999年の同法改正時に創設された。移送制度はすぐに利用を図る性質のサービスでなく、「相談過程において本人が納得して受診できる可能性を根気強く探る」「家族の悩む過程に寄り添う」<sup>36)</sup>姿勢が問われる、精神障害者にとっても、精神科ソーシャルワーカーにとっても微妙なテーマである。

移送の現場に臨む精神科ソーシャルワーカーの長谷川<sup>37)</sup>は、自らの苦悩を以下のように記している。「入院を想定した受診の可否をめぐる…対応した精神保健福祉士としての判断も問われる。相談された精神科医も…病状を推測して入院の適否の可能性を判断することになる。精神保健福祉士は、生活への影響からの判断が求められる。このままいくどどのような生活になるか、治療へ踏み込む必要があるのではないかといった点から、生活を支援する専門職としての精神保健福祉士の判断は避けられない」。このような立場から導かれる、「どこまで行っても、精神保健福祉士の懸念は、『Y問題』になっていないのだろうか?」<sup>37)</sup>とする臨床的な問い立てこそが「精神保健福祉学」において重視されるべきなのだ。

つまり、同意であるか、関与であるかは法的に検討されることだが、それがいずれであっても、精神科ソーシャルワーカーの見立てにより精神保健指定医の医療保護入院にかかわる判断が影響を受ける。つまり、同意でなく関与であることが、精神科ソーシャルワーカーの「Y問題ではないのか」の疑念を晴らす鍵にはならないのだ。

そして、この臨床的な問い立てに対する答えは、あくまで PSW の歴史を踏まえながらも、当事者の利益のため非自発的入院の判断に対する実質的なかわりを直視するなら、他職種との関係性のなかで模索されねばならない。なぜなら、精神保健指定医は精神科ソーシャルワーカーの他にも看護師をはじめ、複数の職種から情報を得て非自発的入院に関する判断を行っているからである。

従って、職種横断的な検討によってはじめて、PSW 実践が、精神保健指定医を通して当事者へ与える影響を明らかにできるのである。そして、職種横断的に語られるテーマは「精神科ソーシャルワーカー(を含む職種それぞれ)の当事者へのかかわりは、彼(女)らの人権を侵害していないか」である。これは、先の職種内での共通基盤で語られる「そのかわりが『同意』か『関与』か」とは、語りあう対象(精神科ソーシャルワーカー、あるいは精神保健福祉士のあいだ vs. 精神科入院医療へともに携わる他職種との関係

性)と、主題の重点(法内における規定 vs. 当事者の人権)が異なっている。

もちろん、どちらが正しいとか、あるべき姿かといった話ではない。PSW の実践者と「精神保健福祉学」の研究者が、ともに「研究的臨床実践家」であるならば、多職種協働の臨床現場における問い立てこそが論考の起点になるということだ。

このように移送における問題点は、今回の精神保健福祉法の改正での医療保護入院における「同意と関与」に類似した図式で捉えることが可能であり、加えてこの移送の課題こそ、2013 年 6 月の改正で(頭書の)検討規定に、「医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方」として盛り込まれているのである。

職種の壁を越えた議論を通して、精神科ソーシャルワーカーや関連職種の苦悩が軽減し、改正法のなかで医療保護入院の当事者の尊厳を守りつつ彼(女)らとかわっていけるようになるなら、また、移送場面でのスムーズな協働が実現するなら、そして法・制度そのものを当事者へさらに資する形へあらためていけるなら、「精神保健福祉学」は当事者、実践者、研究者に共通した「知恵」の発信源として、確固たる存在となるに違いない。

医療保護入院や移送の他にも、第三者(弁護士、司法書士等)による成年後見の拡大や、単身で精神障害者へのアウトリーチ支援に携わる職員の安全など、領域横断的に評価すべき課題は少なくない。

まとめると、法・制度で特有に枠付けられた精神障害者に対峙する PSW 実践者としての職種固有の立場と、当事者のため他職種との協働のあいだで生じる葛藤こそ「精神保健福祉学」の場で論じられる主題にふさわしい。なぜなら「精神保健福祉学」における精神保健福祉は、一職種の国家資格名称というより、学際領域における当事者の問題解決へ向けた理論を示す語だからである。

## 7. おわりに

もとより、精神保健福祉士としての役割は、PSW 業務の一部であったはずである。しかし、実践の質の担保や専門性の向上を希求して 1997 年 12 月に精神保健福祉士法へたどり着いて以来、精神科ソーシャルワーカーは法・制度の枠組みのなかでの当事者へ向けた対応や、自らの所属組織の運営に追われるようになったことも否定できない。他方、当事者の利益を鑑みつつ実践の場に立つとき、精神科ソーシャルワーカーは保健医療と社会福祉をつなぐ場で、多くの専門職と協働している。今一度、このつながりを確認したい。もちろん「精神保健福祉学」の構築には、当事者を中心としてそのなかのどの職種も欠かせない。学際領域で得られた実践や研究の成果を、各人が自らの領域内にとどめず「精神保健福祉学」へ集約していく<sup>38)</sup>ことで、構成員の職種横断的な視野が広がり、「学」としての特質もより確かになっていくことだろう。

本稿の作成は、日本学術振興会 科学研究費補助金基盤研究 C (課題番号: 24590645, 研究代表者: 大西次郎)、ならびに公益財団法人 明治安田こころの健康財団第 49 回研究助成(研究代表者: 大西次郎)による支援のもと行われた。記して深謝する。なお、本稿の概要は日本精神保健福祉学会 第 3 回学術研究集会(2014 年 6 月: 名古屋)にて発表した。

## 引用文献

- 1) 平塚良子: ソーシャルワーカーの実践観 ―ソーシャルワークらしさの原世界―。ソーシャルワーク研究, 36 (4); 316-323, 2011.
- 2) 藤井達也: ソーシャルワーク実践と知識創造。社会問題研究, 52 (2); 101-122, 2003.
- 3) 向谷地生良: 仲間の力 ―浦河における精神科リハビリテーションプログラムへの当事者参加の現状と意義―。精神療法, 28 (6); 698-704, 2002.
- 4) Anthony, W.A., 濱田龍之介: 精神疾患からの回復 ―1990 年代の精神保健サービスシステムを導く視点―。精神

- 障害とリハビリテーション, 2 (2); 145-154, 1998.
- 5) 高畑 隆: ピアサポート ―体験者でないと分からない―. 埼玉県立大学紀要, 11; 79-84, 2009.
  - 6) 岩間文雄: セルフヘルプ・グループと専門職の協働のために. 関西福祉大学研究紀要, 2; 141-154, 2000.
  - 7) 藤井美和: ヒューマンサービス領域におけるソーシャルワーク研究法. ソーシャルワーク研究, 29 (4); 278-285, 2004.
  - 8) 北川清一: エビデンス・ベースト・プラクティスと児童養護施設における利用者支援 ―クリティカル・ソーシャルワークの立場からの覚書―. ソーシャルワーク研究, 34 (1); 63-70, 2008.
  - 9) 芝野松次郎: ソーシャルワーク研究における評価研究法 ―マイクロレベル実践における評価調査を中心として―. ソーシャルワーク研究, 29 (4); 292-301, 2004.
  - 10) 岩田泰夫: ソーシャルワーク実践論 ―精神障害者の生活の障害の検討を中心として―. ソーシャルワーク研究, 17 (4); 251-258, 1992.
  - 11) 大瀧敦子: ソーシャルワーク研究における帰納的研究方法の意義と課題 ―「当事者研究」を通しての考察―. ソーシャルワーク研究, 35 (2); 114-121, 2009.
  - 12) 後藤雅博: 「リカバリー」と「リカバリー概念」. 精神科臨床サービス, 10 (4); 440-445, 2010.
  - 13) 津田耕一: 実践と研究との架け橋 ―実践と理論との融合を目指して―. 社会福祉学, 49 (1); 127-130, 2008.
  - 14) 岩間伸之: ソーシャルワーク研究における事例研究法 ―「価値」と「実践」を結ぶ方法―. ソーシャルワーク研究, 29 (4); 286-291, 2004.
  - 15) 松澤和正: 「研究的臨床実践」の実現に向けて. 医療社会福祉研究, 20; 23-25, 2012.
  - 16) 岩崎晋也: 序論. リーディングス日本の社会福祉 1, 社会福祉とはなにか ―理論と展開―, 岩田正美・監, 岩崎晋也・編著, 日本図書センター, pp.3-40, 2011.
  - 17) 古川孝順: 社会福祉学研究法とソーシャルワーク研究法. ソーシャルワーク研究, 29 (4); 254-261, 2004.
  - 18) 小柴順子: 精神保健福祉士に期待するもの. 川崎医療福祉学会誌, 10 (1); 9-15, 2000.
  - 19) 大塚淳子: 地域生活への移行支援を権利保障としてとらえる. 精神保健福祉, 40 (2); 93-96, 2009.
  - 20) 吉川隆博: 精神保健福祉施策の現状と課題 ―精神保健福祉士に期待すること―. 精神保健福祉, 40 (3); 197-204, 2009.
  - 21) 佐藤三四郎: 社会防衛としての精神医療 ―精神保健福祉法制の変遷を中心に―. 精神保健福祉, 33 (1); 5-10, 2002.
  - 22) 西澤利朗: 制度と実践の関係 ―精神保健福祉士の実践―. 精神保健福祉, 44 (2); 86-89, 2013.
  - 23) 井原 裕: 精神科臨床における法と倫理の峻別 ―法的パターンリズムと官僚主義―. 精神科治療学, 19 (4); 489-497, 2004.
  - 24) 島田千穂, 木村真理子, 野中 猛: ワークショップ参加後の変化の認識からみたりカヴァリのプロセス ―自己概念・社会的関わりに焦点を当てて―. 精神障害とリハビリテーション, 10 (1); 60-66, 2006.
  - 25) 立岩真也: これからのためにも, あまり立派でなくても, 過去を知る. 精神医療 第4次, 67; 68-78, 2012.
  - 26) 横藤田誠: 医療における法規制と倫理. 日本放射線技術学会雑誌, 60; 1045-1049, 2004.
  - 27) 大西次郎: 精神医療における倫理の, 法に対する脆弱さを懸念する. 精神医学, 49 (8); 870-872, 2007.
  - 28) 大塚淳子: 精神科医療の動向と改革の方向性 ―生活の支援としての精神科医療となり得ているのか―. 精神保健福祉, 41 (2); 80-83, 2010.
  - 29) 木太直人: 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正. 精神保健福祉, 44 (2); 117-119, 2013.
  - 30) 岩尾俊一郎: 保護者制度廃止までに考えておくべきこと. 精神神経学雑誌, 114 (4); 415-420, 2012.
  - 31) 日本弁護士連合会: 精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書. URL: [http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion\\_121220\\_2.pdf](http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion_121220_2.pdf), 2012 年 12 月 20 日.
  - 32) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部: 第 27 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム及び新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第 3 R)「保護者制度・入院制度の検討」に係る第 14 回作業チーム資料. URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029sqst-att/2r98520000029suq.pdf>, 2012 年 5 月 8 日.



(大西)

- 33) 日本精神保健福祉士協会：新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおける「保護者制度・入院制度」に関するヒアリング資料. URL： <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029sqt-att/2r98520000029syb.pdf>, 2012 年 4 月 27 日.
- 34) 柏木一恵：新たな入院制度に関する本協会の見解. 日本精神保健福祉士協会. URL： <http://www.scn-net.ne.jp/~maison-m/sintyaku/12-10pswkenkai.doc>, 2012 年 10 月 29 日.
- 35) 大野和男：精神保健福祉士が果たしてきたこれまでの役割と今後の期待. 臨床精神医学, 36 (2); 139-148, 2007.
- 36) 大塚直子, 川口真知子, 菊池 健, 岩崎 香：民間移送会社による「移送サービス」を利用した受診導入に関する実態把握 ―患者と家族からの聞き取り調査をもとに受診援助を考察する―. 精神保健福祉, 40 (4); 353-357, 2009.
- 37) 長谷川千種：精神科病院への「移送問題」にかかわる精神保健福祉士の葛藤. 精神保健福祉, 44 (2); 98-100, 2013.
- 38) 大西次郎：精神保健福祉学の構築 ―ソーシャルワークに立脚する実践科学として―. 精神保健福祉学, 1; 4-17, 2013.

受稿日      2014 年 9 月 12 日      受理日      2014 年 10 月 16 日